

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL
(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

4363473

A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓN/A EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.-NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A

BRIGIDA CORTÉS ALMUNADA

CÉDULA DE IDENTIDAD

5096485-K

SEXO M: MASCULINO
F: FEMENINO
I: INDETERMINADO

FECHA DE
NACIMIENTO

Day Mes Año

EDAD
Años Cumplidos

82

Sólo si es
menor de
un año

Meses Dias Horas Min.

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)

1. Nombre:

C.I. _____

Firma: _____

2. Nombre:

C.I. _____

Firma: _____

2.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN

FECHA
Day Mes Año

HORA
Hora Minutos

Peso al nacer (grs)

Semanas
gestación

Estado Nutritivo previo a la enfermedad

18 08 2025 03 30

1: Eutrófico
2: Desnutrición grado I
3: Desnutrición grado II

4: Desnutrición grado III
9: Ignorado

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

1: Hospital o Clínica
2: Casa habitación
3: Otro

ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN

Hospital de Coquimbo

COMUNA

coquimbo

3.-CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)

a) **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE**

- Debida a - o - Como consecuencia de -

CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)

b)

- Debida a - o - Como consecuencia de -

c) **MASA pulmonar obs NEOPLÁSTICA SOBRE infectada**

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)

4.-FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE

5

1: Autopsia
2: Biopsia
3: Operación
4: Exs. Laboratorio
5: Cuadro Clínico
6: Información de Testigos

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE

LUGAR DE OCURRENCIA

CIRCUNSTANCIAS

TIPO

1: Casa
2: Vía Pública
3: Trabajo
4: Otro

1: Peatón
2: Conductor
3: Pasajero
4: Otra

1: Accidente
2: Suicidio
3: Homicidio
4: Otro

ATENCIÓN MÉDICA
ÚLTIMA
ENFERMEDAD

1: Sí
2: No
3: Ignorado

CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:

MÉDICO

OTROS

1: Tratante
2A: Legista
2B: Patólogo
3: Otro
4: Información de Matrón/a
5: Testigos
9: Ignorado

FECHA CERTIFICADO

Day Mes Año

18 08 2025

Nombre Médico: ALEJANDRA ZAMORANO SAMUEZA

Rut: 18.046.785-8

Teléfono: 916189

Domicilio: AV. VÍDELA S/n, Coquimbo



Firma Médico y Sello Establecimiento

B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)

USO INE

INSTRUCCIÓN Último Curso	Nivel	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno	OCCUPACIÓN	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.-SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.

Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a

ESTADO CIVIL	B: Soltera C: Casada V: Viuda	D: Divorciada A: Conviviente civil J: Separada judicialmente	HIJOS/A/S: Incluyendo presente inscripción				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE H	
			Vivos/as	Fallecidos/as	Mortinatos	Total		
							<input type="checkbox"/>	1.-Parto 2.-Aborto

1.-MENOR DE UN AÑO
2.-DEFUNCIÓN FETAL